COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Blanc

Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale

–

Volume 2003 publié le 27.11.2003



VINGT-SEPTIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2003

Les premiers rapports

M. BONIERBALE*
(Marseille)

L'adolescence est une période de la vie placée sous le signe de l'urgence. Urgence pour l'adolescent de son corps en crise, à la fois dans le changement de son image, dans son identité en devenir, dans la confrontation souvent violente de la réalité ou de ses désirs aux modèles parentaux. C'est le moment où il y a irruption d'une sexualité dont il va lui falloir trouver le « mode d'emploi ».

INTRODUCTION

On sait que l'adolescence commence avec la puberté mais on ne sait pas très bien quand elle finit. Il y a encore peu de temps, elle finissait lorsque le jeune avait la capacité de se repérer comme être autonome et de poser un territoire personnel dont les bornes étaient le travail et la vie affective.

* Praticien Hospitalier – Psychiatre Sexologue
CHU Ste Marguerite – 13274 MARSEILLE CEDEX 9

L'entrée dans l'adolescence est marquée par un phénomène biologique : la puberté. Celle-ci se manifeste par des changements du corps de plus en plus précoces. (On a gagné deux ans depuis le début du siècle.) Mais la fin de l'adolescence a tendance à devenir de plus en plus floue et à s'allonger avec les difficultés à entrer dans le monde du travail et à acquérir une indépendance, parfois aussi du fait d'un statut étudiant prolongé et de la banalisation pour le jeune de rester le plus longtemps possible dans le giron familial.

Ceci fait que l'adolescence occupe maintenant une tranche de vie assez importante, ce qui compte de plus en plus sur le plan social ; ainsi c'est une phase de transition dont un des aspects remarquables vient de cet élargissement des limites d'âge vers le haut et vers le bas, qui fait de la masse adolescente une valeur sociologique et politique avec laquelle il faut compter.

LES PHASES DE LA VIE ADOLESCENTE

Dans l'adolescence, les événements se vivent sous le signe de l'urgence et du passage à l'acte, ceci traduisant la pression engendrée par les pulsions qui « montent », avec l'avènement de la sexualité relationnelle.

Il y a des crises remarquables qui sont autant d'étapes importantes sur le chemin qui mène l'ado à sa vie sexuelle adulte.

La crise fondamentale est celle de la crise de l'image du corps, corps qui change et dont les modifications sont responsables d'une bascule du monde de l'enfance vers celui des adultes. Le corps se transforme non seulement de manière visible, incontrôlable, mais il est habité de pulsions jusque-là inconnues qui ouvrent sur un imaginaire nouveau, dont les objets étaient jusque-là passées inaperçus, de sensations bizarres et d'envies de se toucher, de toucher l'Autre, de le découvrir et de découvrir des nouvelles fonctions de son corps. Ce qui est frappant avec la puberté, c'est que tout d'un coup la nature remet à l'adolescent un corps qui est apte à agir ses pulsions, et l'immaturité physique qui permettait de « rêver, imaginer » et protégeait l'enfant disparaît et « tout » devient matériellement possible.

L'adolescent subit ses transformations pubertaires sans rien pouvoir contrôler. Ces transformations sont à la limite de

l'étrange et de l'angoissant pour lui et l'adolescent ne se reconnaît plus ; ainsi certains passent du temps devant le miroir pour se scruter, d'autres focalisent sur un détail anatomique ; c'est l'époque des dysmorphophobies, dont les images idéalisées et normalisées véhiculées par les médias peuvent contribuer à accentuer le malaise.

Parallèlement, l'adolescent fait l'expérimentation de sensations tout à fait nouvelles :

- des odeurs corporelles (aisselles, périnée) ;
- l'apparition d'érections intempestives.

Il lui arrive des avatars variables :

- l'acné (un ado sur deux) ;
- des gynécomasties chez le garçon, qui sont sources de complexes et d'inhibitions (30 à 40 % des garçons), ou des asymétries mammaires chez la fille, non moins sources de complexes ;
- des retards pubertaires qui sont responsables de déséquilibre dans les « bandes » d'ados, dans les classes ;
- l'apparition de règles chez la fille, qui peuvent autant être source de valorisation que de honte ou d'angoisses, avec leur cortège de douleurs, retards, avances et irrégularités.

Le moment des premiers rapports sexuels est un moment fécond où l'adolescent peut éprouver *des difficultés vis-à-vis de son propre corps* comme :

– des peurs, des difficultés de réalisation des scénarii qu'il se fait de la sexualité avec des inhibitions des conduites sexuelles ;

– ou bien l'apparition d'une sexualité désordonnée qui est une forme de désexualisation de la relation sexuelle ;

– ou bien encore un sentiment de haine ou de dégoût pour son corps sexué avec association de troubles des conduites alimentaires (anorexie ou boulimie), de dysmorphophobies avec sentiment d'anormalité d'une partie du corps, ou bien de troubles complexes de l'identité sexuelle comme des troubles de l'identité de genre, des choix sexuels comme l'homosexualité, ou bien encore une sorte de « renoncement » avec troubles dépressifs ou encore des conduites à risques vis-à-vis des MST.

L'achèvement du schéma corporel se fait par assimilation des modifications des changements corporels et l'expérience du rapport sexuel, ce qui nécessite que les fondations de la personnalité soient cohérentes. L'affectivité va évoluer des empreintes parentales vers un partenaire autre, l'« étranger », à la fois iden-

tique, aux figures aimées et familières, et différent pour que cela soit l'étayage de l'autonomisation.

L'ado, comme le dit Colette Chiland, est plus souvent amoureux de l'amour que de l'Autre dans sa quête de partenaire.

ADOLESCENCE ET CORPS SEXUEL

L'adolescent conquiert sa sexualité morceau par morceau, par essais et erreurs, il a besoin de mettre son corps à l'épreuve pour le sentir exister et se sentir exister à travers lui. Le passage à l'acte de ses scénarii imaginaires érotiques lui permet de comparer cette mise à l'épreuve avec les représentations qu'il s'en est faites. Or son imaginaire érotique est en mouvance perpétuelle et s'enrichit tous les jours de données et d'images nouvelles, mais leur acquisition est fonction des modèles et des interdits familiaux qu'ont mis en place son milieu familial et son histoire personnelle, et la culture dans laquelle il vit.

C'est au moment de cette efflorescence de questions que l'information sexuelle peut être efficace, alors que silences et malentendus peuvent fermer des possibilités de comportements à venir. Ce sont les moments clés de confrontation au réel qui permettent l'irruption de questions comme : « comment embrasse-t-on sur la bouche, comment caresse-t-on, comment fait-on pour avoir une pénétration, qu'est-ce que les garçons aiment, etc. », allant de l'angoisse du bisou sur la bouche à la réalisation hasardeuse du baiser plus profond…

Mais l'adolescent d'aujourd'hui n'a « plus le temps » de faire sa propre évolution par touches successives, car il est pressé, bombardé, abreuvé d'images sexuelles par le biais des médias que le monde des adultes lui balance. Face à cela, il essaie de se conformer pour se vivre comme « normal », perdu entre ce qu'il sent, ce qu'il peut et ce qu'il croit qu'il faut qu'il reproduise des modèles qui lui viennent du dehors.

L'ado se débat dans un affrontement d'images « internes » parentales, de plus en plus faibles au fur et à mesure que les parents sont de moins en moins présents à la maison ou se positionnent en « parents copains », dont il essaie à la fois de se démarquer mais avec lesquelles il est obligé de compter, et d'images externes avec lesquelles il essaie de se trouver et de

s'identifier. Ce qui caractérise l'adolescence, c'est la nécessité que ressent le jeune à trouver la bonne distance avec ses parents.

Son corps devient un territoire nouveau dont il lui faut découvrir le mode d'emploi, et le problème c'est que tous les corps n'ont pas l'air de « marcher » de la même façon ; celui de l'« autre sexe » est mystérieux encore plus que le sien… Souvenons-nous que Freud a dit que le sexuel n'est pas un don fonctionnel mais une dure réalisation, et, pour l'ado, il faut apprendre vite pour être prêt au grand voyage. Et le grand passage, le rite initiatique du premier rapport sexuel, fait partie de ces mises à l'épreuve relationnelles qui peuvent fournir des schémas indélébiles pour le devenir.

C'est aussi ce qui va lui apprendre que ses désirs sexuels peuvent être assouvis par une rencontre avec le corps sexué d'une autre personne et qu'il peut ou qu'il doit abandonner l'autoérotisme. C'est là que se positionne le problème du choix d'objet hétérosexuel. Lorsque la maturité corporelle n'est pas synergique avec la maturité psychologique, il peut surgir des peurs devant une absence de désir pour l'Autre avec des questions du type : « Suis-je homo, frigide ?… », questions auxquelles il faut savoir répondre, rassurer et faire entendre que les peurs que contiennent ces questions ne sont que les indicateurs d'une maturité a laisser encore trouver sa place.

Ainsi Braconnier distingue trois modes de relation *psychopathologiques* de l'adolescent à son corps sexué : peur, haine et renoncement :

– les peurs, responsables de difficultés de réalisation sont, en quelque sorte, le domaine des troubles sexologiques ; on retrouve aussi la peur avec fuite et inhibition des conduites sexuelles ou bien une sexualité désordonnée qui est une désexualisation de la relation sexuelle ;

– la haine du corps sexué se retrouve souvent chez l'adolescent suicidaire, chez l'anorexique ou le psychotique ;

– le renoncement s'accompagne de dépression.

La sexualité adolescente est donc une phase caractérisée par le changement du corps et de son image, qui permet l'achèvement de *l'intégration du schéma corporel* par l'assimilation des modifications somatiques et de l'expérience du rapport sexuel, et la réactivation du narcissisme avec les phases de masturbation et d'homosexualité propres à cette époque. Les conduites sexuelles en sont des pratiques imprégnées de sexualité infantile et de sexualité génitale avec présence simultanée de nombreux intérêts sexuels.

Un comportement sexuel typique de cette période est la masturbation. D'après Kinsey, on voit qu'il y a une élévation progressive de la masturbation à partir de l'âge de 10 ans pour atteindre, à 16 ans, 92 % pour les garçons et 72 % pour les filles, pendant que 90 % des garçons connaissent l'orgasme contre 25 % des filles à 15 ans. Mais cette activité auto-érotique peut devenir pathogène et compulsive ou peut fortifier les fixations infantiles avec une fonction régressive. Liée à des angoisses en rapport avec les interdits socio-culturels, elle reste cachée, associant parfois à la culpabilité des rites expiatoires ou d'évitement. Cependant, c'est aussi une possibilité, quand elle est associée à des fantasmes avec une partenaire, de faciliter l'évolution relationnelle.

Quant à l'homosexualité, il ne s'agit le plus souvent que d'une activité transitoire qui permet le passage aux jeux sexuels et il faut savoir rassurer l'adolescent inquiet qui se questionne à ce sujet ; et ce n'est que lorsqu'il y a identification au sexe opposé que l'on peut penser à une homosexualité plus structurale. Pour Kinsey, 60 % des ados ont eu une activité homosexuelle dans leur préadolescence et 37 % des adultes au moins une relation homosexuelle.

LES PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

Le premier rapport sexuel est un moment de *passage* crucial dans la vie sexuelle de l'adolescent, dont l'âge plus ou moins tardif est un indicateur de maturité et d'autonomie psychologique ; mais qui peut aussi cristalliser toutes les inhibitions et les peurs, devenant source de difficultés à venir.

Selon Abraham et Pasini, « dans l'adolescence, la manifestation sexuelle prend la forme d'une véritable obligation liée à l'identité et au besoin d'affirmation. Elle constitue une sorte de mise à l'épreuve relationnelle qui fournira des schémas indélébiles ».

Entre 1972 et aujourd'hui, l'âge des premiers comportements sexuels a changé si on se réfère aux deux enquêtes majeures qui ont été faites en France, le rapport Simon (1972) et le rapport sur les comportements sexuels en France de A. Spira, N. Bajos et du groupe ACSF (1993), et aussi à des enquêtes diverses comme celles du laboratoire Organon en 1993 sur 10 600 filles, et du magazine *20 Ans* l'année suivante pour les garçons.

- L'âge du premier rapport sexuel, en France, est passé de 21,5 ans chez les filles et de 19,2 ans chez les garçons à 17 ans.
- Dans la tranche 18/19 ans du rapport de l'ACSF, 72,4 % des hommes et 63,8 % des femmes ont eu au moins une fois un rapport sexuel dans leur vie.
- La virginité a perdu de sa valeur, ce qui traduit la faible transmission intergénérationnelle des valeurs traditionnelles et des principes culturels, mais ce sont les sentiments qui restent le plus souvent les déclencheurs du rapport sexuel chez la fille.
- Dans l'enquête menée par le laboratoire Organon et le journal *20 Ans*, en France, en 1993-1994, sur une population de 10 600 filles de 13 à 25 ans, 79 % sont amoureuses lors de leur premier rapport sexuel. Le sens relationnel plus marqué chez les filles se manifeste par la proportion de filles dont le premier rapport figure leur besoin de faire plaisir à l'autre, ce qui n'apparaît pas déjà comme motivation chez les garçons dans une enquête que nous avions réalisée en 1985.
- La maturation sexuelle au plaisir orgastique paraît plus laborieuse chez la fille dont on ne retrouve que le quart pouvant éprouver un orgasme lors des premières rencontres, alors que le garçon a le plus souvent un plaisir « sans surprise », conforme à ce que son corps lui avait déjà enseigné par la masturbation, chez plus de 3/4 des ados dès leur premier rapport.
- Les déceptions chez la fille se font surtout par le biais du manque sensuel vaginal et des sensations parfois douloureuses à la pénétration, ce qui ne se produit pas chez le garçon. Ceci marque d'entrée une différence de vécu dans l'expérience orgastique qui peut être par la suite source de nombreux malentendus de part et d'autre lorsqu'elle est mal intériorisée. Cependant, à l'origine de sa vie sexuelle, il faut noter que la fille qui n'éprouve pas d'orgasme n'y accorde pas d'importance dans 42 % des cas alors que, pour les garçons, 65 % d'entre eux accordent de l'importance à l'orgasme.
- Les valeurs accordées au mariage tombent de plus en plus en désuétude, remplacées par un contrat moral d'union libre.
- Dans certains pays industrialisés, vers le milieu des années 1970, les chercheurs, préoccupés par les tendances de procréation et de recours à l'avortement — et, plus tard, de la propagation des MST — parmi les jeunes, se sont mis à examiner les attitudes, connaissances et pratiques sexuelles adolescentes masculines aussi bien que féminines. Jusqu'aux années 1980 toutefois, l'étude des comportements sexuels masculins a été rare, même dans le monde industrialisé. C'est la réalisation de l'échelle

et de la gravité de l'épidémie mondiale du sida qui a fait cesser la négligence des comportements sexuels masculins. Vers le milieu des années 1980, l'évolution des considérations épidémiologiques et la conscience accrue de l'importance du rôle procréateur et des besoins de santé de l'homme ont vu se mettre en place plusieurs programmes de recherche sur la fécondité et se sont mis à interviewer les hommes aussi bien que les femmes.

- Mais il faut savoir que la mesure de l'activité sexuelle n'est pas aisée ; beaucoup de jeunes ne répondent pas toujours ouvertement et « honnêtement » aux questions touchant au sujet intime de leurs comportements et pratiques sexuelles. Les adolescents célibataires, ou qui vivent dans un environnement où les rapports sexuels extérieurs au mariage sont censurés, se montrent réticents à répondre sur cet aspect de leurs comportements. Les très jeunes adolescents, à la sexualité à peine naissante, peuvent être mal à l'aise à discuter cet aspect de leur vie. Le problème opposé peut aussi se poser : certains jeunes hommes surdéclarent leur activité sexuelle pour donner une impression de conformité à l'idée qu'ils se font des attentes de leur société. Ces distorsions différentielles accroissent la difficulté de la comparaison exacte du vécu des deux sexes.
- Pour la Grande-Bretagne, on dispose de données provenant de l'enquête nationale de 1990-1991 sur les comportements et les modes de vie sexuels (NSSAL) des hommes et femmes âgés de 16 ans et plus ; pour les États-Unis, du sondage NSM de 1991 (sondage national des hommes de 20 à 39 ans), de l'enquête NSAM de 1995 (ayant porté sur les jeunes hommes de 15 à 19 ans), et de l'enquête NSFG de 1995 sur la croissance de la famille, telle qu'étudiée à travers les femmes de 15 à 44 ans.
- En Grande-Bretagne, environ trois jeunes sur cinq ont eu une expérience sexuelle Entre la moitié et les trois quarts environ des jeunes hommes de 15 à 19 ans de Grande-Bretagne et des États-Unis ont déjà eu des rapports sexuels,

LES CHANGEMENTS DANS LES COMPORTEMENTS SEXUELS

Les changements dans les comportements sexuels des adolescent viennent de leur précocité et de leur changement d'attitude vis-à-vis de la contraception, favorisé par une meilleure information sur les risques de MST et de grossesse.

Parmi les points forts, on peut dire que :

– les adolescents utilisent plus de contraception pour leurs premiers rapports sexuels ;

– la sexualité n'est plus un comportement interdit mais valorisé ;

– les adolescents sont pris par les modèles de comportements de performance.

• Ce qui frappe le plus dans les changements de rapports à la sexualité des adolescents ces dernières années sont les comportements de contraception et de séduction.

• En 1987, 69 % des filles n'utilisaient pas de contraception lors de leur premier rapport, alors qu'en 1993, dans l'enquête menée par Organon, 76 % utilisent une contraception, 38 % une contraception orale et 52 % un préservatif.

• Chez les garçons, lors d'une enquête menée en 1994 par le journal *20 Ans* avec l'aide de Benetton, 46 % disent toujours ou presque toujours utiliser un préservatif alors qu'en 1987 seulement 13 % des garçons utilisaient un préservatif pour leur premier rapport sexuel. Comme dit *20 Ans*, le « réflexe capote » entre dans les mœurs chez les moins de 18 ans.

• Chez les filles, c'est comme si deux précautions valaient mieux qu'une : pilule et préservatif. C'est comme si, d'une période de négation magique où le risque ne concernait que les adultes, pour les adolescents, notre société avait pu faire changer leur comportement après de nombreuses années d'essais d'informations vaines sur la contraception en les faisant pénétrer dans le monde de la sexualité, non pas par l'accès au plaisir mais par la peur de la maladie et de la mort via le sida.

• De plus, les filles ont de plus en plus souvent des comportements de séduction, parfois mal vécus par les garçons que les idées actuelles sur les harcèlements sexuels réprimés par la loi désarçonnent quant à leur rôle.

• Le malaise des adolescents qui se trouvent de plus en plus obligés de montrer qu'ils sont capables de passer à l'acte sexuel plutôt que de se réserver et de « respecter » la virginité de la fille est croissant : il faut prendre cela en considération sur le plan sociologique car on ne peut plus continuer à diffuser des modèles de sexualité parfois violents d'une part, et d'autre part s'étonner de la recrudescence des viols et abus sexuels, même si ce n'est pas inscrit dans une relation de cause à effet.

• « Réalisées en France en 1992, 1994, 1998 et 2001, les enquêtes KABP (*Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices*) permet-

tent de suivre l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida. L'enquête 2001 indique un relâchement des comportements de protection et montre notamment que, par rapport à leurs aînés, les jeunes apparaissent moins sensibilisés au VIH/sida, adhèrent moins au principe du dépistage obligatoire, craignent certes le risque de contamination par le VIH, mais de façon beaucoup plus diffuse et moins précise (perspectives internationales sur le planning familial) ». Les jeunes de 18 à 24 ans déclarent moins souvent en 2001 qu'en 1998 avoir utilisé un préservatif dans l'année et avoir eu recours au test de dépistage durant leur vie. Ainsi, la nécessité de se protéger vis-à-vis du VIH/sida paraît moins intégrée chez les 18-24 ans qui ont, en grande majorité, commencé leur vie sexuelle après 1996, date de l'arrivée des multithérapies. Ces jeunes, qui ont moins bénéficié de la médiatisation du sida des années 80 et du début des années 90, semblent montrer une moindre sensibilisation à l'égard de l'infection par le VIH/sida et un début d'un désengagement face aux comportements de prévention.

L'enquête *Presse Gay* 2000 fait état, entre 1997 et 2000, d'une augmentation des prises de risque vis-à-vis du VIH des jeunes hommes homosexuels avec des partenaires occasionnels.

Parmi les autres indicateurs, les infections sexuellement transmissibles comme les chlamydioses sont fréquentes chez les sujets jeunes et très jeunes (risque multiplié par 6 chez les femmes de moins de 20 ans).

L'ignorance n'est pas suffisante à expliquer la sexualité non protégée chez les adolescents ; l'influence de croyances et d'attitudes caractéristiques de cet âge doit être prise en compte : sentiments de toute-puissance et d'invulnérabilité, principe de confiance tacite, difficultés d'affirmation de soi, crainte du jugement et/ou du regard de l'autre, difficultés de verbalisation trop évocatrice, opposition active au discours de prévention des adultes, prise de risques délibérée, pratiques sexuelles maladroites ou mal contrôlées, mauvaise anticipation des effets désinhibiteurs des substances psychoactives sur les conduites, etc.

Mais il ne faut pas non plus négliger chez les adolescentes que la sexualité non protégée peut être moins accidentelle que délibérément risquée, voire suicidaire. Ainsi les données du *Baromètre santé* 2000 indiquent que, parmi les 15-25 ans, les plus jeunes d'une part, et celles qui ont eu une IVG d'autre part, ont plus souvent répondu qu'elles n'avaient pas, ou pas systématiquement, un moyen contraceptif.

Les jeunes filles connaissant l'IVG à répétition sont plus souvent des adolescentes en rupture espérant secrètement qu'un « changement d'état » pourrait changer quelque chose à leurs difficultés existentielles.

Ainsi l'éducation à la sexualité a aussi maintenant pour objectifs de prévenir les comportements à risques, de faire évoluer les attitudes à l'origine de ces comportements et de contribuer à l'épanouissement personnel de chacun. La loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception préconise la généralisation sur l'ensemble du cursus scolaire d'au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées.

LES RISQUES DE LA SEXUALITÉ ADOLESCENTE

Du fait de ses pulsions, de sa maturation psychologique et de ses choix non encore fixés, le comportement sexuel adolescent est un comportement à risques car :

– l'adolescent se croit invulnérable ;

– les grossesses non souhaitées par ignorance ou provocation sont encore trop nombreuses ;

– la contraception est en hausse mais non encore idéale.

• En toute circonstance, un adolescent est trop souvent persuadé qu'il est invulnérable ; il fonctionne par expérience « il essaie », et en situation de risque de MST « il se brûle ». Les adolescents sont un groupe cible tout particulièrement pour l'hépatite B qui est 100 fois plus contagieuse que le VIH, elle peut être transmise par les rapports mais aussi par le baiser (la salive), d'où la nécessité d'une information sur la vaccination, sur les conduites préventives. Les 2 facteurs de risque de dysplasie et de cancer du col sont l'âge précoce des rapports et le nombre de partenaires. Il existe une vulnérabilité du col utérin en âge précoce (immaturité de la zone de transformation du col et métaplasie malpighienne active — transformation précancéreuse des cellules) chez les jeunes filles très sensibles aux MST. Le taux de dysplasies sévères est doublé si l'âge des rapports est inférieur à 17 ans.

• Les adolescentes ont souvent des relations avec les adultes (parents, médecin...) marquées par la dépendance et la recherche d'un pouvoir sur cette dépendance. Ainsi la jeune fille

anorexique, par son comportement alimentaire, trouve un moyen d'agir sur l'autorité de ses parents tout en captant leur attention et cependant elle refuse son affranchissement, c'est-à-dire sa transformation corporelle.

- Entre dépendance et autonomie, la première consultation de gynécologie peut d'une certaine façon avoir valeur de rite pour l'adolescente, et la jeune fille vient y faire contrôler la normalité de son corps. Le projet de contraception, c'est déjà s'accepter comme sexuellement active et c'est déjà sortir de l'adolescence.
- Les rapports sexuels de cette période ne sont plus synonymes d'interdits mais l'interdit s'est déplacé et, aujourd'hui, être enceinte est une manière de les refuser non avec des mots mais avec des actes. En fait, la grossesse chez l'adolescente est l'équivalent d'un passage à l'acte, d'une première prise de drogue ; si la grossesse se poursuit ces mères prématurées transmettent alors un manque à leur enfant.
- Deux enfants maltraités sur 3 sont issus de mères de moins de 18 ans. Prescrire une pilule signifie de la part du praticien qu'il sache parler avec l'adolescente de sa relation amoureuse, de son vécu sexuel ; les médecins ne sont pas des détenteurs de solutions mais peuvent conseiller une méthode qui « a fait ses preuves ». Mais en prescrivant une contraception il faut aussi savoir qu'on place l'adolescente dans la situation de la priver de la preuve de sa fertilité, d'une certaine manière de sa liberté de dire non, et de sa croyance en son invulnérabilité. La pilule va agir sur son corps et son fonctionnement et, pour elle, ce corps est l'objet essentiel de sa préoccupation, de son « Être au monde ».
- Les adolescents ont une attitude singulière quant aux rapports sexuels en cela que, si les adultes recherchent dans la relation sexuelle le plaisir, les adolescentes cherchent d'une certaine manière à se débarrasser du sexuel. Elles utilisent cette relation pour prouver leur compétence, confirmer leur appartenance au groupe, assouvir le goût du risque et leur curiosité.

PROBLÈME DE LA PRÉVENTION

La prévention est une bouteille à l'encre idéalisée alors qu'elle n'est que le fruit du milieu éducatif dans lequel a baigné l'enfant et des modèles qui lui ont été inculqués. Ces modèles

seront d'autant plus solides que le milieu familial aura été harmonieux, sinon ce sont les modèles culturels et c'est l'identité de masse adolescente qui prendra le pas pour diffuser ses images et les héros en cours…

– La prévention des comportements sexuels à risque et des difficultés liées à la sexualité commence à l'enfance.

– La prévention n'est pas seulement un savoir que l'on peut diffuser par les médias si l'adolescent n'a pas la capacité d'écoute et le niveau de questionnement.

– La prévention prend naissance aussi dans l'inconscient collectif et les règles véhiculées par les changements de normes (IVG) ou les recommandations religieuses (Coran, Vatican, etc.).

Les réactions parentales jouent un rôle majeur sur la sexualité des ados, dans l'écart qu'il y a entre ce que disent les parents, ce qu'ils donnent à voir et ce qui est contenu dans les non-dits ; depuis les familles où les relations sexuelles sont interdites, celles où le père a la mainmise sur la sexualité de sa fille et la mère sur celle de sa fille ou son fils, surveillant tout signe d'émancipation ou ses fréquentations. À l'inverse, les mères copines envahissent souvent trop l'intimité de leur fille, y faisant comme une intrusion génératrice de défenses, étant celles devant qui on peut tout dire mais aussi à qui il faut tout dire, accompagnant leur fille chez le gynéco, revivant leur jeunesse par procuration à travers elle et gênant l'acquisition de l'identité de celle qu'elle devrait émanciper.

Mais être un bon parent est très difficile entre le désir de voir l'ado réussir son autonomisation et le désir de le garder et de le préserver, alors que l'ado doit réussir à se différencier. D'autant que préserver c'est avoir peur, et que les peurs des parents sont contagieuses, puisqu'ils sont référents de vérité ; peur de la pilule, du sida, des MST, de la grossesse, de la prostitution, de l'hypersexualité, induisant une forme particulièrement insidieuse d'information sexuelle, qui peut être traumatisante puisqu'elle ne véhicule pas des valeurs de plaisir et d'épanouissement vis-à-vis de la sexualité, bien au contraire, mais toutes les conceptualisations erronées que peuvent générer l'anxiété et les mécanismes de projection de soi mal gérés.

Notre époque est cependant une époque de changement : pour la première fois, il y a plus de liberté et les jeunes peuvent envisager une vie différente de celle de leurs parents, profession et sexualité. Période d'individualisme où chaque adolescent se vit comme un destin propre à construire, ne sachant trop ce qu'il

fera et se demandant où il en est de ses capacités personnelles ; plus une société est ouverte, plus il y a interrogation sur la capacité à réaliser ce qu'elle offre. Quand une société est contraignante, il peut y avoir révolte mais moins d'interrogations sur le niveau de capacité. Rien d'étonnant à ce qu'une évolution libérale fasse monter les problématiques d'addiction, car l'individu est confronté à l'interrogation profonde : « est-ce que j'ai en moi les capacités de faire face à cette relative liberté ? ». Cela interroge aussi sur les motivations, car les interdits protègent de la nécessité de faire ses preuves de ses capacités et à décider de ses choix.

L'ÉDUCATION SEXUELLE n'est pas un savoir ordinaire mais la somme des connaissances à acquérir pour mieux appréhender la sexualité comme « savoir ». Il faut faire la part du « savoir faire » et du « savoir être ».

Bibliographie

1. Adams Ph, Hauet E, Caron C. (mai 2001) Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays, ANRS.

2. Benmoura D, Autillo-Touati A, Ledoray V, Robaglia-Sclupp A, Seite R, Blanc B. (1993) Surveillance du col chez les adolescentes. Gynécologie 1,5 : 225-259.

3. Blanc B, Benmoura D. (1993) Colposcopie et pathologie génitale. Arnette éd., Paris.

4. Bonierbale-Branchereau M. (1985) Le premier rapport sexuel des adolescents (à propos d'une enquête en milieu étudiant), Cont Fert Sex; 15,1: 61-67.

5. Bonierbale-Branchereau M. (1992) Jeunes sexualité contraception, enquête *20 Ans*/Organon. Sexologies; II,7: 71.

6. Bonierbale M. (1994) Adolescence urgence de vivre. Sexologies; III,11: 15-17.

7. Bonierbale M. (1996) Adolescence : premiers rapports. In Gynécologie et adolescence, B Banc, (Marseillle1996).

8. Bringer J. (1998) Un nouveau regard sur l'anorexie mentale. Gynécologie de l'adolescence, éd. ESKA: 107-113.

9. Blanc B, Boubli L. (1996) Dysménorrhées. Gynécologie. Pradel éd. 100-105.

10. Duprez D. (1991) Contraception des adolescentes. Mises à jour en gynécologie-obstétrique. Vigot éd. 151 p.

11. Duprez D, De Montgolfier, Sperandeo D, Champion J. (1998) 17 ANS : fFaire ou ne pas faire l'enfant. Gynécologie de l'adolescence. ESKA éd. p 245-253.

12. Jeammet P (sous la direction de). (1997) Adolescence. Éd. Syros (Paris).

13. Judlin P, de Barbeyrac B, Nottin P (nov 2001). Chlamydia trachomatis - Recommandations du CSHRF, section maladies transmissibles.

14. Monsonego J. (1996) Papillomavirus et cancer du col. Med sciences; 12: 733-44.

15. Simon P. (1972) Rapport sur le comportement sexuel des Français. Éd. R Julliard & P Charron, Paris, 922 p.

16. Singh S, Wulf D, Samara R, Cuca YP. (2000) Moment des premiers rapports sexuels : différences entre les jeunes hommes et femmes dans 14 pays. Perspectives internationales sur le planning familial. N° spécial.

17. Spira S, N Bagos N, & groupe ACSF. (1993) Les comportements sexuels en France. Doc Française, Coll. rapports officiels, 352 p.

18. Sultan C. (1994) Endocrinologie de la puberté. Gyn Obs 12.

19. Adolescence et Europe. (1992) Nervure; 5,7: 7-61.

20. Les jeunes. Contours et caractères. INSEE 2000: 44.

21. Baromètre santé jeunes 97/98.

22. Baromètre santé 2000.

23. Les jeunes. Contours et caractères, INSEE 2000: 46.

25. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2001. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2001.

26. Sondage *20 Ans* /Organon. (1992) Éd. 20 Ans; 75: 83-91.

28. La sexualité de nos mecs. (1993) Éd. 20 Ans; 87: 82-107.